

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証 の記号及び番号	_____	(2000— ) <生年月日 昭和 年 月 日> 平成	<介護保険 : 有・無 >
資格喪失の年月日	平成 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額	円
資格喪失の際使用 された事業所	名 称		
	所 在 地		
資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合名	川 口 工 業 健 康 保 険 組 合		

上記のとおり申請します。

受付印

平成 年 月 日

保 険 給 付 金 振 り 込 み 用			
銀 行		本 店	
信用金庫		支 店	
銀行番号	店 番 号	口座番号	
フリガナ			
名 義 人			

〒 □□□ — □□□□

住 所

申 請 者

氏 名

印

T E L

( )

※保険料の引き落とし口座ではありません。  
(口座振替は行っておりません。)